

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Rubriques du questionnaire

Information

Nom

Adresse

Médecin traitant

Compléments

Formulaire de consentement

Fin

Note d'information pour la participation à l'étude NutriNet-Santé : Etude de cohorte sur les comportements alimentaires et les relations Nutrition-Santé.

Depuis quelques années, des travaux scientifiques suggèrent que des facteurs nutritionnels sont susceptibles de modifier la fréquence des maladies qui constituent les grands problèmes de santé publique auxquels nous sommes confrontés en France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés : cancers, maladies cardiovasculaires, obésité, diabète de type 2, dyslipidémies, hypertension artérielle,...

Identifier des facteurs de risque ou de protection de la santé liés à la nutrition et connaître les déterminants des comportements alimentaires constituent des étapes indispensables pour établir des recommandations nutritionnelles adaptées visant à réduire le risque de pathologies et améliorer la santé des populations.

L'unité de recherche en épidémiologie nutritionnelle (U557 Inserm/Inra/Cnam/Université Paris 13), dirigée par le Professeur Serge Hercberg, vous propose de contribuer au progrès de la recherche médicale en participant à **l'Etude NutriNet-Santé : étude de cohorte sur les comportements alimentaires et les relations Nutrition-Santé**. Cette recherche est programmée sur une période initiale de 5 années.

Les contraintes pour les participants de cette étude sont de répondre, via Internet, à des questionnaires réguliers. Il vous sera demandé une fois par an de répondre à un questionnaire

| Suite ▶

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

<i>Rubriques du questionnaire</i> Information Nom Adresse Médecin traitant Compléments Formulaire de consentement Fin	Nom	
	Civilité	M. <input type="button" value="v"/>
	Nom	MARTIN
	Prénom	Michel
	Nom de jeune fille	
	Sexe	<input type="radio"/> Femme <input checked="" type="radio"/> Homme
	Date et lieu de naissance	
	Date de naissance	10/05/1981 (JJMMWAAAA)
	Pays de naissance	FRANCE <input type="button" value="v"/>
	Département de naissance	Aveyron <input type="button" value="v"/>
Commune de naissance	Prévinquières <input type="button" value="v"/>	
	<i>Pour saisir votre commune de naissance, saisissez tout d'abord les premières lettres de votre département de naissance. Le logiciel vous propose alors une liste des communes dans laquelle vous pourrez sélectionner votre commune de naissance.</i>	
<input type="button" value="◀ Précédent Suite ▶"/>		

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Rubriques du questionnaire

Information

Nom

Adresse

Médecin traitant

Compléments

Formulaire de consentement

Fin

Adresse permanente

Pays de résidence	<input type="text" value="FRANCE"/>
Adresse	<input type="text" value="1, rue de Chablis"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Code postal	<input type="text" value="93017"/>
Département	<input type="text" value="Seine-Saint-Denis"/>
Commune	<input type="text" value="Bobigny"/>

Coordonnées

Téléphone	<input type="text" value="0102030405"/>	(XXXXXXXXXX)	<i>Seul un des deux numéros de téléphone est obligatoire.</i>
Mobile	<input type="text"/>	(XXXXXXXXXX)	
E-mail	<input type="text" value="test@test.fr"/>		<i>Cette donnée est très importante car elle sera utilisée pour tous les futurs échanges entre l'équipe NutriNet et vous ; par avance merci de votre compréhension.</i>
Confirmer l'e-mail	<input type="text" value="test@test.fr"/>		
Autre e-mail	<input type="text"/>		

◀ Précédent | Suite ▶

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Rubriques du questionnaire
Information
Nom
Adresse
Médecin traitant
Compléments
Formulaire de consentement
Fin

Médecin traitant

Avez-vous un médecin traitant (ou référent) qui vous suit régulièrement ?

Oui Non

Nom

Prénom

Adresse

Je ne connais pas son adresse

Code postal

Département ▼

Commune ▼

◀ Précédent | Suite ▶

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Rubriques du questionnaire

Information

Nom

Adresse

Médecin traitant

Compléments

Formulaire de consentement

Fin

Autre personne du foyer participant à l'étude.

Une autre personne de votre foyer participe-t-elle ou souhaite-t-elle participer à l'étude Nutri-Net Santé ?

Oui Non Je ne sais pas

Nom

Dupont

Prénom

Edouard

Si elle est déjà inscrite et que vous connaissez son identifiant pour cette étude, veuillez le saisir ici

edupont

Etudes scientifiques

Veuillez nous indiquer à quelle(s) autre(s) étude(s) de cohorte de la recherche publique ou autre groupe particulier vous participez ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AUCUN / AUCUNE | <input type="checkbox"/> Etude GAZEL |
| <input type="checkbox"/> Centre IPC | <input type="checkbox"/> Etude PAQUID |
| <input type="checkbox"/> Etude CONSTANCES | <input type="checkbox"/> Etude SU.FOL.OM3 |
| <input type="checkbox"/> Etude des Trois cités | <input type="checkbox"/> Etude SU.VI.MAX |
| <input type="checkbox"/> Etude E3N | <input type="checkbox"/> Examen de santé IRSA |
| <input type="checkbox"/> Etude ELFE | <input checked="" type="checkbox"/> Autre |

Autre

TEST

◀ Précédent | Suite ▶

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Rubriques du questionnaire

Information

Nom

Adresse

Médecin traitant

Compléments

**Formulaire de
consentement**

Fin

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPER A L'ETUDE NUTRINET-SANTE

J'accepte librement et volontairement de participer à l'**étude NutriNet-Santé**, étude de cohorte sur les comportements alimentaires et les relations Nutrition-Santé. Cette étude vise à identifier des facteurs de risque ou de protection liés à la nutrition et connaître les déterminants des comportements alimentaires.

Les contraintes de cette étude sont de répondre à différents questionnaires sur internet, à l'aide d'une interface HTML conviviale et sécurisée, sur l'alimentation, l'activité physique, les données anthropométriques, le mode de vie ainsi que l'état de santé.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués dans la note d'information et afin d'éclairer ma décision, j'ai bien lu et compris les informations y figurant.

J'accepte que les données de santé me concernant, recueillies à l'occasion de cette recherche, puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organismes de la recherche.

Le droit d'accès et de rectification prévu par la loi « informatique et liberté » (loi du 6 janvier 1978 modifiée le 1er juillet 1994, article 40-4) s'exerce à tout moment auprès des responsables de la recherche.

Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par les personnes dûment mandatées par le promoteur de la recherche et éventuellement par des représentants des autorités administratives de santé, toutes soumises au secret professionnel (article 40-3 de la même loi).

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire et je suis libre d'accepter ou de refuser de participer.

Mon consentement ne décharge en rien les investigateurs de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi

Signature électronique (cocher la case Oui)

Oui  (Annuler)

◀ Précédent | Suite ▶

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

 Retour à l'accueil

Rubriques du questionnaire

Information

Nom

Adresse

Médecin traitant

Compléments

Formulaire de consentement

Fin

Un email de confirmation d'inscription vient de vous être envoyé sur votre boîte de messagerie principale. Il contient votre **identifiant personnel** et votre **mot de passe** qui vous permettent de **vous connecter dès aujourd'hui** et dans un délai de 15 jours **pour tirer au sort les dates de vos questionnaires alimentaires et ensuite remplir vos questionnaires déjà disponibles** (sociodémographique et mode de vie, santé, activité physique et anthropométrie) dans votre espace personnel **directement sur le site Internet de l'étude.**

Si vous ne l'avez pas reçu dans les 24h, c'est que votre inscription n'a malheureusement pas été enregistrée, vous être donc invité(e) à vous réinscrire.

 Fermer